UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 61

LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE INCIPIENTE CHEZ L'ADULTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 avril 1922

PAR

FEYS (Maurice-Yvon-Marie)

Né à Courtrai (Belgique), le 30 avril 1891
Docteur en médecine de la Faculté de Louvain (Belgique)
Médecin de bataillon de 1re classe de l'armée belge
Ancien médecin des sanatoriums de Bligny (Seine-et-Oise)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

BOSC, professeur, *Président*.
VIRES, professeur.
LEENHARDT, agrégé.
GAUSSEL, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)
14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1922

LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

INCIPIENTE CHEZ L'ADULTE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 61

LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE
DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE
INCIPIENTE CHEZ L'ADULTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 avril 1922

PAR

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

FEYS (Maurice-Yvon-Marie)

Né à Courtrai (Belgique), le 30 avril 1891
Docteur en médecine de la Faculté de Louvain (Belgique)
Médecin de bataillon de 1re classe de l'armée belge
Ancien médecin des sanatoriums de Bligny (Seine-et-Oise)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse : BOSC, professeur, *Président*. VIRES, professeur. LEENHARDT, agrégé. GAUSSEL, agrégé. — *Assesseurs*

MONTPELLIER
Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)
14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
	GRYNFELTT.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	N...
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen.*
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
	VEDEL.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
	FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. GRYNFELLT.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr GRANEL (F.).

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
Anatomie	DELMAS (J.).		CABANNES.
Chimie	MESTREZAT.	Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse :

MM. BOSC, profr, *président.* | MM. LEENHARDT, agrégé.
VIRES, professeur. | GAUSSEL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
TENDREMENT AIMÉ

A MA MÈRE

A G. NAUERZ

l'ami sincère et dévoué, en hommage de sympathie et profonde reconnaissance.

M. FEYS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOSC

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE
ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LOUVAIN

A MES ANCIENS CHEFS
DU SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE BELGE

M. FEYS.

LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE
DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE
INCIPIENTE CHEZ L'ADULTE

INTRODUCTION

L'importance d'un diagnostic précoce et précis n'échappe certainement à aucun praticien. Nous croyons toutefois, dans cette introduction, pouvoir insister d'une façon particulière sur la nécessité de ces deux points, voulant étudier dans ce travail *le problème du diagnostic précoce et rationnel de la tuberculose pulmonaire* incipiente chez l'adulte.

Nous étant appliqué depuis longtemps à l'étude de ce sujet, nous avons pu constater, au cours de nos séjours dans différents sanatoriums de France, d'Angleterre et de Belgique, et pendant notre présence comme chef de service dans une formation sanitaire belge exclusivement réservée au traitement des affections tuberculeuses du poumon, combien peu de malades étaient dirigés sur ces formations, avec un dossier médical contenant un diagnostic précis. Hélas ! la grande majorité l'était avec des pseudo-diagnostics de *bronchite suspecte*, d'*état prétu-*

berculeux, de *poumons suspects* et autres libellés tous plus vagues les uns que les autres.

Nous dédions ces quelques pages aux maîtres éminents qui ont guidé nos premiers pas dans l'étude de la médecine, à ceux qui nous ont orienté tout spécialement vers l'étude de la tuberculose, plus particulièrement à MM. les professeurs Bosc, Granel, Leenhardt et Rimbaud.

Nous les remercions sincèrement du grand honneur qu'ils nous font en acceptant de faire partie de notre jury de thèse.

Que notre président de thèse, M. le professeur Bosc, veuille trouver ici l'expression de notre reconnaissance pour les directives qu'il nous a fournies et l'affirmation de notre entière adhésion aux idées qu'il professe concernant l'hérédité de la tuberculose.

Notre pensée se reporte aussi vers nos valeureux frères d'armes, au chevet desquels nous avons pu étudier la maladie ; c'est auprès de leur lit de souffrance surtout que nous avons compris qu'il fallait absolument que nous soyons à même de diagnostiquer les formes larvées de la tuberculose.

Nous ne nous faisons aucune illusion en traitant cette question, et nous savons fort bien que d'autres, beaucoup plus autorisés que nous, ont écrit sur la même matière. Peut-être même nous dira-ton que nous enfonçons des portes ouvertes ; sont-elles bien ouvertes pour tous ceux qui nous adresseront ce reproche, et ne vaut-il pas mieux dire et redire une chose que l'on connaît bien, plutôt que de s'efforcer d'apprendre à autrui ce qu'on ignore soi-même ?

Nous ne traiterons pas de ces cas de tuberculose dont l'ensemble symptomatique impose le diagnostic au moins érudit ; nous nous attacherons exclusivement à l'étude de ces cas où le malade est un « *suspect* ». Laissant de côté les méthodes d'exploration auxquelles on n'a pas toujours recours dans la pratique journalière, et je veux dire : la recherche de l'indice opsonique, la séro-précipitation, le séro-diagnostic, la réaction de fixation et celle de l'antigène, nous n'embrasserons dans le cadre de ce travail que l'étude et la critique des phénomènes généraux et fonctionnels, celle des signes physiques tant stéthoscopiques que radiologiques, l'examen des crachats et pour conclure le diagnostic de localisation et d'évolution, commandés l'un et l'autre par le diagnostic de nature.

Nous croirons avoir fait une œuvre utile et méritante, lorsque nous aurons pu pénétrer le lecteur de cette idée, que le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire est *possible* et *nécessaire*.

Possible, il l'est ; à ce titre nous rappelons ce que dit le professeur Sergent, dans ses articles sur « les suspects de tuberculose » et sur « les étapes du diagnostic pratique de la tuberculose pulmonaire ». Ce diagnostic, dit-il, « ne peut et ne doit être que l'interprétation de l'ensemble des constatations fournies par les divers moyens et procédés d'exploration de l'appareil respiratoire ». Et plus loin : « En pathologie médicale, il n'existe pas, au sens rigoureux du mot, un seul symptôme véritablement pathognomonique : un symptôme n'a que la valeur d'un indice révélateur ; pour poser un diagnostic, il faut la réunion de plusieurs symptômes dont le faisceau constitue une présomption d'autant plus forte qu'il est plus serré et plus touffu ; encore la certitude clinique

n'existe-elle point, un diagnostic ne peut être qu'une approximation ; tous nos efforts doivent tendre à rendre cette approximation aussi voisine que possible de la certitude ; pour ce faire, il nous faut une technique sûre et une séméiologie impeccable, deux conditions qui ne peuvent procéder que d'une instruction solide, complétée par une expérience personnelle suffisante et bien réglée. »

Nécessaire, il l'est aussi, et cette nécessité est absolue. Brehmer est certes allé trop loin en disant que, « de toutes les maladies, la tuberculose est la plus curable » ; mais, si la tuberculose ne guérit pas, elle est compatible avec une longue existence et il appartient au médecin de la dépister au plus tôt, pour hâter cette guérison apparente. D'autres notions encore imposent cette nécessité. Devons-nous rappeler que la tuberculose est une maladie infectieuse et par conséquent évitable ? Devons-nous faire appel aux documents publiés par les diverses sociétés savantes et à leurs statistiques, pour démontrer la grande diffusion de ce que nous oserons appeler la pandémie tuberculeuse, et exposer les ravages qu'elle cause partout où elle sévit et où elle frappe ? Enfin, comment comprendre un rendement utile et efficace de toutes ces institutions et organisations tant officielles que privées, si le médecin n'est pas conscient que lui avant tout autre y joue le principal rôle : celui de *dépisteur intelligent de la tuberculose ?*

Nous pourrions parler longuement de ces « prétendus bronchitiques chroniques » qui, ignorant la contagiosité de leur état, s'en vont par les rues et les maisons répandre l'agent redoutable de leur maladie et contaminer proches et voisins ; nous pourrions citer ces *suspects de tuberculose* qui, indemnes de la maladie, sont venus

la contracter dans les formations sanitaires où on les avait envoyés pour les traiter, ou, pis encore, en ont été évacués, le diagnostic de leur affection n'ayant pas été établi ; nous pourrions parler d'autres encore chez qui il était resté en suspens, jusqu'au jour où une hémoptysie foudroyante les a emportés, ou toujours d'autres, plus heureux ceux-là, qui, réexaminés par un médecin expérimenté, et reconnus cette fois tuberculeux, venaient échouer, après un voyage circulaire par différentes formations sanitaires, dans le même hôpital où ils étaient déjà venus plusieurs mois auparavant, peut-être moins malades, mais certainement plus curables. Nous pensons qu'il est inutile d'insister sur le fâcheux effet moral provoqué par ces pérégrinations ou de signaler les bouleversements occasionnés chez le malade qu'on affuble d'un pseudo-diagnostic qui lui impose des devoirs, des soucis, des soins, tout cela pour une maladie qu'on soupçonne chez lui et devant laquelle il restera peut-être un suspect pendant des années.

Enfin, pour le praticien lui-même, n'y a-t-il pas là une lacune fâcheuse et facile à combler au prix d'un peu de travail intelligent, que celle de ne plus apposer une signature au bas d'un certificat où il est consigné un diagnostic de bronchite suspecte, de prétuberculose, d'imminence de tuberculose ? Agir ainsi, c'est propager une erreur clinique et étendre encore la nomenclature déjà si encombrée des termes médicaux. Reconnaissons-le, c'est un aveu d'ignorance et d'impuissance à prendre une décision, c'est exprimer la crainte de la tuberulose sans vouloir la reconnaître. Un malade peut se présenter à une consultation comme « suspect de tuberculose » ; après son observation il ne peut être que tuberculeux ou pas tuberculeux.

Si nous avons tant insisté dans cette introduction sur la nécessité du diagnostic précis et précoce de la tuberculose, c'est que nous avons été témoin des errements que nous signalons et que nous sommes persuadé qu'un minime effort pourrait y porter remède. Cet effort est nécessaire tant pour le renom du monde médical, que pour le bien-être de toute la collectivité.

Avant d'aborder notre sujet, nous croyons devoir dire ce que nous entendons par diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

L'histoire de la tuberculose est suffisamment faite, pour que nous sachions, qu'à part quelques exceptions très rares d'ailleurs, la tuberculisation s'opère dans l'enfance ; hélas ! bien plus souvent elle est une infection héréditaire qui, pour ne pas évoluer avec de grosses lésions, parce que septicémie sans localisation, demeure ignorée et fauche d'autant plus sûrement ses victimes. Peut-être est-il exagéré de dire que « personne ne naît tuberculeux, mais tout le monde naît tuberculisable » ; en tous cas, de cette inoculation première et de cette vaccination insuffisante, il demeure dans l'organisme un état de sensibilisation à la toxine tuberculeuse. Plus tard, sous l'influence soit de réinfections massives, soit de réinfections minimes mais prolongées, il se produira un cortège de symptômes qui attireront l'attention du praticien du côté de l'appareil pulmonaire, dans le cas particulier d'évolution des lésions au niveau de cet appareil. Il en résulte que le diagnostic précoce devrait s'appliquer presque exclusivement à l'enfant, puisqu'il est le premier à être porteur des lésions initiales de la tuberculose. Dans la pratique, il en est souvent tout autrement : ces lésions initiales sont souvent silencieuses, guérissent d'elles-mêmes et ne se révèlent pas toujours

à l'examen clinique. Que d'autopsies ne fournissent pas la démonstration de cas où l'individu qui n'a jamais souffert du poumon porte néanmoins en cet organe des lésions que l'examen histologique et les différents procédés de laboratoire affirment nettement être des lésions de tuberculose !

Par contre, lors d'une réinfection massive ou d'une réinfection minime mais prolongée, apparaissent les premiers signes de la tuberculose ; ceux-ci, bien entendu, auraient pu être contemporains des lésions initiales, mais, comme nous le disions plus haut, souvent ils ne le sont pas. En sorte que le diagnostic précoce, c'est celui qui s'efforce de dépister les premiers signes cliniques d'une lésion initiale ou d'une lésion de réinfection, le plus souvent de cette dernière.

LE DIAGNOSTIC

Supposons donc un patient qui se plaint d'amaigrissement, de fatigue, d'une toux opiniâtre, de poussées fébriles, de perte de poids, de troubles dyspeptiques, d'expectoration plus ou moins abondante. Comment conduirons-nous son observation ?

Nous ne nous demanderons pas : ce malade est-il tuberculeux ou pas ? car ce serait faire deux parts trop grandes dans la solution du problème qui va exercer notre sagacité. Si l'on doit éviter la phobie de la tuberculose, il ne faut pas non plus tomber dans l'excès contraire ; il ne faut ni la voir trop, ni pas assez. Raisonner de la sorte, ce serait errer dès le départ ; si le malade que nous observons nous apprend par l'anamnèse que nos recherches devront s'orienter plus spécialement vers son appareil pulmonaire, il n'en demeure pas moins vrai qu'il y a des portes ouvertes pour une foule d'affections de cet appareil, et procéder à son examen clinique, guidé par un raisonnement d'exclusion, serait tout aussi absurde que de se fier à l'observation d'un seul symptôme pour tirer une conclusion.

Nous nous demandons plutôt : ce malade est-il un suspect vrai ou un suspect faux ?

Dans cette première étape de notre examen il sera un suspect vrai, c'est-à-dire suspect de tuberculose, lorsque dans son passé nous relèverons des hémoptysies, des pleurésies, des accidents tuberculeux qui ont été nettement constatés et dont un traitement efficace n'a plus laissé subsister que des signes physiques tels que obscurité respiratoire à un sommet avec diminution du son de percussion, quelques frottements pleuraux accompagnés ou non de la triade symptomatique de la pleurite apicale ; il le sera encore quand nous aurons à faire à un tousseur invétéré, faisant percevoir à l'auscultation des râles ronflants et sibilants, des sommets moins sonores que normalement, non transparents aux rayons X. Nous pourrions encore allonger cette liste en y ajoutant ces types de malades qui font des pleurésies à répétition, alternent des périodes de bien-être apparent avec d'autres où tout dénonce une atteinte sérieuse de leur appareil pulmonaire.

Par contre, il sera suspect faux, c'est-à-dire indemne de tuberculose, celui dont l'observation suivie et quelquefois prolongée aura révélé par l'analyse des symptômes fournis par son état général, par l'examen de son appareil respiratoire au point de vue fonctionnel et physique, que leur interprétation dans le sens de tuberculose ne serait qu'une erreur profonde. Dans cette classe nous rangerons les anémiques (anciens paludéens, syphilitiques, surmenés, dyspeptiques, appendiculaires chroniques), les hypotoniques et psychasthéniques, ces organismes chétifs, malingres, étriqués, bref tous ces états qui avec des apparences d'anémie, d'asthénie, de dyspepsie, de poussées fébriles simulent les premières atteintes du contage tuberculeux et n'en sont pourtant pas l'exclusive signature. Peut-être le deviendront-ils

présentant un organisme d'une réceptivité toute spéciale, en quelque sorte préconçu pour l'infection tuberculeuse ; malgré cela il n'appartient pas au praticien de leur étiqueter une affection qu'ils n'ont pas encore ; son rôle consistera à leur indiquer les moyens hygiéniques et prophylactiques qui pourront les sauver du contage.

Dans cette classe nous rangerons encore ceux dont les manifestations pulmonaires ne sont que la traduction de la souffrance d'un organe plus ou moins éloigné ; qu'il nous suffise de citer à ce titre les congestionnés du poumon à la suite d'affection mitrale, les œdémateux du poumon par néphrite interstitielle.

Ceux-là aussi, dont les troubles pulmonaires ne sont que la conséquence d'une viciation de la respiration, que ce vice résulte d'une respiration nasale insuffisante par suite d'affections de cette partie des voies aériennes, ou de respiration buccale prédominante ou exclusive. Ce sujet a été largement traité par E. Rist et lui fait dire à juste titre, qu' « il est paradoxal que le praticien qui s'occupe de médecine générale ou de maladies des organes respiratoires en particulier, fasse pour ainsi dire lettre morte de la pathologie du nez et du larynx... »

Plus rarement peut-être, mais certes le cas peut se présenter, ce sera un basedownien qui nous induira en erreur. P. Marie a fait remarquer que, dans cette affection, souvent il existe une petite toux sèche, tenace et fatigante ; ajoutez-y l'amaigrissement souvent considérable et rapide, la diarrhée, la fatigue, l'essoufflement et une exophtalmie peu marquée, un tremblement et une hypertrophie du corps thyroïde peu saillants, il n'y a qu'un pas à faire pour le tuberculophobe, pour que son diagnostic soit erroné.

Nous ne parlerions pas des blessés du poumon dont

l'examen du poumon peut simuler exactement au point de vue clinique celui de la tuberculose incipiente, si nous ne pensions devoir dire que trop souvent ces blessés ont fait l'objet d'erreurs de diagnostic. Nous avons pu constater personnellement et très souvent que rarement les plaies thoraciques étaient suivies de tuberculose pulmonaire. Si ces blessés contractaient après et à très longue échéance la tuberculose, n'étaient-ils pas dans le cas de ces organismes affaiblis où la question de terrain est primordiale dans l'étiologie de la tuberculose ? Leur séjour prolongé dans des hôpitaux surpeuplés, dans des baraquements dont l'air est loin d'être stérile, où est présent le bacille guettant sa proie, tout cela ne doit-il pas également entrer en ligne de compte dans l'éclosion de la tuberculose ? Nous ne pouvons pas admettre l'affirmation catégorique de cause à effet pour l'apparition de la tuberculose chez les blessés de poitrine.

Nous avons cru devoir nous arrêter assez longuement sur cette question de vrai ou faux suspects, pour ne pas avoir à y revenir par la suite ; le sujet demanderait un développement bien plus long encore, si nous voulions établir le diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire avec les autres affections qui peuvent la simuler ; ce n'est pas notre but. Toutefois nous avons tenu à signaler les principales causes d'erreur et ce afin de déblayer le terrain que nous allons étudier : le suspect de tuberculose, mais qui ne le sera plus quand nous aurons procédé à son examen. Cette façon de pénétrer dans notre sujet est certainement entachée d'un classicisme trop outré, en ce sens que bien rarement le praticien se trouvera en tête à tête avec un sujet tel, que nos éliminations successives nous en fournissent un ; mais,

pour la clarté de la description et la facilité de la compréhension, nous avons dû recourir à un procédé que le lecteur voudra bien nous pardonner.

Voici donc notre malade *relativement* suspect (nous venons d'expliquer comment nous sommes arrivé à ce degré de relativité) : comment procéderons-nous pour le reconnaître tuberculeux ou pas ?

Comme nous l'avons vu pratiquer dans les divers établissements où nous avons eu l'honneur de séjourner, et comme nous avons pu l'exécuter nous-même pendant une période de quatre ans, sur une population de malades nous ayant fourni plus de deux mille observations, nous procéderons dans l'ordre suivant :

1° Interrogatoire du malade ;

2° Examen du rhino-pharynx et du larynx ;

3° Examen stéthoscopique et radiologique du poumon ;

4° Examen des crachats ;

5° Etude des signes fonctionnels et généraux ;

6° Enfin, comme conclusion, la question que nous n'avons pas voulu nous poser au début de cette analyse, le sujet est-il ou n'est-il pas tuberculeux ? et, s'il l'est, sa lésion est-elle en évolution ou non ?

L'interrogatoire

Comme ligne de conduite dans cette première partie de notre examen, nous nous sommes toujours imposé quelques règles très simples et pourtant indispensables, si l'on veut obtenir un résultat exact.

1° Faire subir au malade un interrogatoire qui sera tout d'abord *indifférent*, au cours duquel il nous apprendra bien des choses inutiles, mais à la suite duquel vous aurez gagné toute sa confiance ; puis, questionnant vous-même, un interrogatoire *précis* qui s'orientera vers tel ou tel appareil, vers telle ou telle maladie, au sujet desquels les premières réponses du sujet ont pu faire luire quelques troubles ou quelques symptômes.

2° Ne rien accepter des affirmations du patient, que vous ne puissiez contrôler par vous-même ; être tout aussi prudent, même pour les symptômes et accidents consignés sur des certificats ou des fiches.

3° Ne pas interroger en se laissant guider par une idée *préconçue*, qui vous fera poser telle question plutôt que telle autre, ou vous fera attacher moins d'importance à un symptôme quelquefois capital, mais à l'énoncé duquel vous ne vous attendiez pas.

Procédant de la sorte, il nous est arrivé de convertir des hémoptysies en simples stries de sang dans les crachats, et celles-ci mêmes on n'osait plus les avouer comme provenant certainement du poumon, après notre question leur suggérant peut-être une origine nasale ou buccale.

Que de prétendus accès fébriles ne se réduisaient pas à des phénomènes de sudation exagérée à la suite de cause toutes extrapathologiques ! Que de toux persistantes ne reconnaissaient que l'abus du tabac, des écarts de voix ! Que d'expectorations matinales qui n'étaient que des pituites suites d'excès de boire ! Et tant d'autres symptômes encore qui s'effaçaient devant un interrogatoire serré et précis. Oserons-nous même le dire, nous avons interrogé des malades, porteurs de fiches

établies dans les centres de triage de camps de prisonniers en Allemagne, renseignant des examens de crachats positifs et reconnaissant avoir emprunté des expectorations à des voisins, ayant des crachats bacillifères. Leur excuse : obtenir leur passage en Suisse ! Si nous citons cet exemple, c'est afin de prouver l'importance primordiale d'un interrogatoire bien fait et bien conduit. Nous ne croyons pas devoir surprendre le lecteur, en affirmant que, si parfois l'interrogatoire faisait naître des probabilités que l'examen physique confirmait de suite après, d'autres fois aussi l'interrogatoire nous permettait d'éliminer tout soupçon de tuberculose.

Examen du rhino-pharynx et du larynx

Cet examen est absolument indispensable, et cela pour deux raisons : d'abord parce que bien des malades soupçonnés tuberculeux ne le sont pas et ne le deviendront pas, si l'on procède à l'examen de leur rhino-pharynx et de leur larynx et si l'on agit *loco dolenti*, enlevant la cause morbide procréant les troubles qui simulent la tuberculose. Ensuite parce que souvent le rhino-pharynx et le larynx présentent des lésions qui peuvent être tuberculeuses ou syphilitiques et qui doivent être traitées pour leur propre compte ; ces lésions évoluent quelquefois insidieusement et leurs manifestations sont noyées dans les symptômes plus bruyants, dépendant de la lésion pulmonaire.

Revenons un peu plus longuement sur ces deux points. Il est curieux de noter, comme nous l'avons déjà

fait dans l'introduction de ce travail, avec quelle désinvolture certains médecins croient pouvoir établir le diagnostic de la tuberculose ; un malade tousse, il sera tuberculeux ou non, mais l'on ne se préoccupera pas de rechercher tout ce qui peut se rattacher à cette seconde alternative. Un patient se plaint de troubles qu'il localise dans ses poumons, on examinera ces organes, mais combien peu porteront leurs recherches plus haut, vers les premières parties de l'arbre respiratoire? Et pourtant, ne sont-ce pas les antichambres de ce poumon où bon gré malgré certains praticiens veulent obstinément trouver une lésion? Viendra-t-il à l'idée de quelqu'un de vouloir diagnostiquer une affection du labyrinthe, sans avoir porté toute son attention sur l'oreille externe et moyenne, de proclamer la souffrance du rein sans avoir examiné l'urètre, la vessie et l'uretère? L'évidence des faits est là pour prouver que nous n'exagérons pas dans la matière.

Nous signalerons rapidement ces affections si variées et si fréquentes du rhino-pharynx et du larynx, pour qu'à l'occasion le médecin qui procède à l'examen d'un poumon puisse se rapporter à ces affections, s'il ne trouve pas dans ce dernier organe la cause d'une toux persistante, d'un murmure vésiculaire assourdi, d'une moindre sonorité d'un sommet. Pensons donc aux végétations adénoïdes, aux sinusites frontales, sphénoïdales, maxillaires aiguës et chroniques, au vulgaire coryza, à l'étroitesse congénitale des fosses nasales, à l'hypertrophie ou atrophie d'un ou des cornets, aux déviations et malformations de la cloison, aux polypes, aux rhinites hypertrophiques et atrophiques. Ecoutons-les parler, tâchons de saisir la modification du timbre de la voix,

cette « rhinolalie » si caractéristique parfois ; interrogeons-les sur la façon dont ils doivent se moucher et le nombre de fois ; demandons-leur comment ils respirent plus aisément : par la bouche ou le nez? Procédons de même pour le larynx ; sachons appliquer la méthode anatomo-clinique dans nos investigations et faire justice de prétendues théories qui expliquent tout et rien. Un traitement bien appliqué et au bon endroit mettra rapidement fin à des symptômes tenaces, et qui ne l'étaient que parce que le médecin vivait dans l'erreur de leur pathogénie.

Enfin, nous insistons aussi sur l'examen du larynx, parce que toute laryngite qui évolue chez un tuberculeux n'est pas forcément tuberculeuse. Nous savons combien est fréquente l'association de la syphilis et de la tuberculose ; Ricord, en disant « scrofulate de vérole », voulait même pénétrer plus loin et admettait une hybridation entre ces deux maladies ; bref, beaucoup de syphilitiques devenus tuberculeux font une laryngite d'abord syphilitique et seulement tuberculeuse après ; un coup d'œil au larynx imposera un traitement spécifique et ce simple geste épargnera au malade bien des déboires et procurera au médecin une juste satisfaction.

Pour nous résumer, nous dirons que le praticien qui veut établir un diagnostic rationnel de tuberculose incipiente doit faire porter son examen tout autant sur le rhino-pharynx et le larynx que sur le poumon lui-même ; agir d'une autre façon, ce serait vouloir l'erreur volontairement.

Recherche des signes physiques tant stéthoscopiques que radiologiques

Nous effectuerons cette recherche par un emploi méthodique et raisonné de la percussion, de l'auscultation et de la radiologie. Quelques commentaires sont indispensables avant d'indiquer la façon dont nous procédons.

Tout d'abord, nous ne devons pas oublier que, quelle que soit la méthode que nous employions, elle ne nous renseigne ni sur la nature ni sur l'évolution de la lésion, tout au plus nous renseigne-t-elle sur sa localisation. La percussion et l'auscultation sont deux procédés de séméiologie qui ne doivent servir que d'orientation pour les recherches ultérieures ; grâce au concours de la radioscopie et de la radiographie, nous pouvons écourter la période d'observation d'un patient, pour lequel les deux autres procédés se sont montrés peu affirmatifs ; dans quelques cas même, par eux, nous pourrons découvrir des lésions que la percussion et l'auscultation nous avaient laissé ignorer. Ces trois procédés ont leurs défaillances et leurs lacunes, nous les étudierons plus loin ; ils doivent se contrôler l'un l'autre, et, pour être des méthodes de routine, il ne faut pas qu'ils deviennent des méthodes de second plan. Aucune d'elles isolément ne peut fournir un teste de certitude, mais, toutes réunies, elles peuvent apporter une garantie de plus au diagnostic ; il ne faut pas que nous nous retranchions derrière elles, pour rejeter à priori toute autre méthode

d'investigation, mais il ne faut pas non plus qu'elles soient nos seuls critères en dehors desquels il n'y a point de vérité.

Pour pouvoir en obtenir tout l'effet que l'on désire, il faut savoir s'en servir ; ne leur demandons ni trop peu ni trop ; sachons que l'une et l'autre ont des confins limités, demandent à être convenablement maniées et interrogées avec discernement. Ce ne sont pas des procédés parfaits : ils ne nous fournissent pas de renseignements sur des lésions dont le volume est insuffisant ; ils ne décèlent pas des lésions trop profondément situées ; par suite des phénomènes de transmission tant du murmure vésiculaire que des bruits anormaux, ils laisseront inaperçues des lésions réelles et donneront des idées fausses sur l'existence et l'étendue d'autres lésions. Nous ne décrirons pas les erreurs stéthacoustiques dues à des bruits de transmission homolatérale ou controlatérale, mais nous croyons devoir prévenir contre ces erreurs.

Enfin, toutes ces difficultés étant écartées, sachons que tel observateur entendra ce que tel autre ne parviendra pas à saisir, et que, pour un même observateur, les phénomènes observés au cours des différents examens sont variantes de son degré d'acuité auditive à ce moment, de son attention plus ou moins parfaite à saisir tel ou tel bruit et de l'état de fatigue occasionné par des examens trop nombreux ou trop prolongés.

Il est un autre motif qui donne lieu à des interprétations fausses des résultats que fournissent la percussion et l'auscultation. Jusqu'au jour où il fut prouvé que la tuberculose de l'adulte n'était que le réveil d'une lésion initiale qui remonte le plus souvent à l'enfance, il était de règle d'admettre que tout individu qui toussait, cra-

chait, mais dont les crachats n'étaient pas bacillifères, était en période de germination. De là à traduire les résultats de l'examen clinique, il n'y avait qu'un pas. Mais cette germination de la lésion à la période de réinfection n'est pas du tout la même que celle de la période initiale, et le schéma classique de Grancher de la tuberculose du début correspond en général à des lésions éteintes et localisées de tuberculose abortive (Bard). C'est pour avoir voulu expliquer les signes physiques en se basant sur des données anatomiques erronées, que si souvent la percussion et l'auscultation ont fait fausse route. Que d'examens cliniques qui ne révélaient que des lésions minimes se sont trouvés désavoués sur la table d'autopsie, par la constatation de lésions s'étendant parfois à tout un lobe ! Certes, la germination a existé ici comme ailleurs, mais cette période a été si courte que bien souvent elle est passée inaperçue.

Enfin, nous ne pouvons terminer ces commentaires sans combattre une autre erreur qui a fait et fait encore son chemin, c'est celle des localisations des signes révélateurs de la tuberculose pulmonaire. Pour tout dire en quelques mots, ils sont loin de se cantonner exclusivement dans la région apicale du poumon ; les régions moyennes, celles de la base, les régions parahilaires peuvent être également le lieu d'élection de ces lésions. A l'appui de ce que nous avançons, nous citerons les lésions d'interlobites décrites par Sabourin, des constatations personnelles par les rayons X de lésions ayant débuté au niveau des scissures, les sommets étant complètement indemnes. Et, quand nous disons sommet, encore faut-il que nous sachions où l'interroger. Ce n'est point dans la région sous-claviculaire mais dans la partie la plus interne de la fosse sus-épineuse, au niveau de

la « zone d'alarme » de St. Chauvet ; c'est là que par la percussion et l'auscultation nous pouvons explorer l'apex du poumon, alors que ce sera la partie moyenne du lobe supérieur qui fera l'objet de nos investigations dans la région sous-claviculaire.

Voyons donc comment nous pourrons nous servir de ces procédés d'examen et interpréter les résultats qu'ils nous fournissent.

La percussion nous fera conclure à une condensation, une induration du parenchyme, quand l'élévation de la tonalité du son de percussion, la submatité ou la matité accuseront une moindre perméabilité du poumon à l'air. Mais n'y a-t-il pas d'épaississement pleural, d'atélectasie du poumon par obstruction permanente ou passagère d'un territoire bronchique ? N'y a-t-il pas d'asymétrie squelettique ou musculaire d'un sommet à l'autre ? Le coup de percussion est-il bien donné et le doigt percuté repose-t-il bien à plat dans un espace intercostal ? Est-il bien placé dans une région symétrique de celle où l'on croit avoir entendu une modification du son ? Avons-nous bien tenu compte des variantes du coup de percussion au niveau des diverses régions de la cage thoracique ? Le sujet est-il bien symétriquement assis ou couché ? La douleur accusée au coup de percussion est-elle bien d'origine pleurale ? Avons-nous pensé à éliminer les douleurs rhumatismales et autres ?

Voilà autant de questions qui doivent se présenter à notre esprit quand nous voulons conclure.

L'auscultation nous dira également que la perméabilité pulmonaire est amoindrie, quand il y aura diminution ou suppression du murmure vésiculaire, quand ce murmure aura pris un timbre bronchique ou soufflant. Elle nous révèlera l'existence de bruits adventices : râles

fins, râles sous-crépitants, frottements pleuraux ; elle nous fera percevoir une respiration saccadée. Mais de nouveau n'y a-t-il pas atélectasie par obstruction bronchique ? Ce malade à qui nous allons interdire de respirer par la bouche, ne le faisons-nous pas respirer ainsi au cours de notre examen, au risque de fausser notre investigation ? Ce tousseur invétéré, qui se retient en ce moment par crainte ou par déférence, l'avons-nous seulement fait tousser, pour enlever de ses voies bronchiques les mucosités qui les obstruent ? Avons-nous tenu compte à nouveau des variantes du murmure vésiculaire suivant qu'on ausculte aux bases ou aux sommets ? Avons-nous analysé séparément le bruit inspiratoire loin du hile et près du hile, le bruit expiratoire à la base et au sommet, et cela au risque de confondre un bruit normal avec un souffle ? Dans l'audition d'un souffle ou d'une respiration rude et bruyante, ne sommes-nous pas en présence d'un symptôme pseudo-cavitaire par déviation trachéale ? Cette cause d'erreur sera certes une des moins fréquentes et rarement rencontrée chez un malade qui viendra nous consulter pour une affection débutante ; encore faut-il toutefois y penser. Avons-nous suffisamment songé aux respirations fortes de suppléance, aux compressions hilaires par des ganglions hypertrophiés ? Quand nous avons entendu un râle, nous sommes-nous demandés s'il est sec ou humide, s'il est bronchique ou parenchymateux, le temps de la respiration auquel il est apparu ou disparu, sa persistance ou son absence après la toux ? Avons-nous pensé à éliminer les râles de déplissement, sous l'influence des grands mouvements respiratoires exigés par l'examen ? Avons-nous tenu compte des poussées œdémateuses du sommet, si fréquentes chez les cardiaques et les rénaux ? N'avons-nous

pas été surpris par un bruit extra-pulmonaire venant de la plèvre, de l'œsophage, du cœur ? Ne confondons-nous pas les frottements pleuraux avec ceux d'une bourse séreuse chroniquement enflammée chez un rhumatisant ? le cas est possible pour la bourse séreuse sous-scapulaire lors de l'exploration du sommet. N'est-ce pas le frottement de la serviette ou du stéthoscope sur la peau qui cause notre erreur ? Le malade n'est-il pas un névropathe qui respire irrégulièrement, un émotif ?

Tout compliqué que paraisse cet examen, avec un peu de pratique, d'application et surtout d'esprit clinique, nous pourrons découvrir la solution juste ; toutefois nous ne devons pas oublier que les résultats d'une méthode doivent être contrôlés par ceux d'une autre ; on ne conclura pas à la bronchite banale lorsque l'auscultation nous aura fait percevoir des râles ronflants dans une zone mate, pas plus qu'on n'affirmera la congestion du poumon par l'audition de râles sous-crépitants dans une zone que la percussion révèle sonore. Nos moyens d'investigation ne seront parfaits que tout autant que la méthode que nous employons le sera elle-même.

Enfin nous ferons appel à la radiologie, et, si nous disons appel, c'est qu'en bien des cas elle supplée aux insuffisances que nous avons relevées dans l'emploi des deux procédés précédents. Ici aussi, toute notre attention est requise : il ne suffit pas de voir, nous devons bien voir. Pour cette méthode également, nous citerons les défaillances et les avantages, et, connaissant les uns et les autres, nous pourrons judicieusement étudier les renseignements qu'elle fournit.

Tout d'abord, la radioscopie suffit-t-elle toujours à elle seule ? Nous ne le croyons pas. Passant outre sur toutes

les considérations d'éclairage et d'acuité visuelle, que nous supposerons parfaits, nous estimons qu'un long examen radioscopique comme c'est souvent le cas pour découvrir une lésion minime, une suggestibilité de l'observateur même prévenu contre toute erreur d'interprétation, un rien d'inattention, tout cela suffit pour faire commettre une erreur. Dans ces cas difficiles, nous avons eu recours au cliché radiographique : celui-ci peut être analysé tranquillement et l'objectivité de ce qu'il nous montre ne pourrait être niée. Question d'amour-propre mis à part, nous-même avons souvent dû reconnaître les erreurs d'un diagnostic proclamé après une radioscopie même minutieuse.

Ne demandons pas aux rayons X de nous donner l'interprétation de la nature d'une lésion ; que ce soit un foyer ramolli où une sclérose débutante qui obscurcit le champ de l'écran, contentons-nous de l'observer et analysons cette tache par l'intermédiaire de l'auscultation ; d'où, ici encore, contrôle d'une méthode par une autre.

Parmi les avantages de la radiologie, nous signalerons surtout l'objectivité qu'elle nous donne d'une lésion ; une lésion existe ou n'existe pas. Pour deux observateurs conscients, examinant en même temps le même malade derrière l'écran, ce serait vouloir nier l'évidence que de ne pas vouloir reconnaître une ombre ou une tache qui s'y dessine plus ou moins nettement. La pénétration des rayons X remédiera à l'insuffisance en profondeur de la percussion et de l'auscultation ; leur rôle d'investigateurs plus perspicaces sera encore utile, quand il s'agira d'une petite lésion, noyée dans du parenchyme sain ; le coup de percussion n'aura pas pu l'atteindre, l'auscultation n'aura pas pu recueillir les bruits anormaux qu'elle engendre, ces derniers étant étouffés par le murmure

normal. Enfin, c'est peut-être le procédé le plus précis pour juger de la forme, de l'étendue et de la localisation d'une lésion, si l'observateur a pris soin de diaphragmer convenablement et si, tenant compte de la position du sujet par rapport à l'ampoule, il ne rapporte pas à la lésion ce qui n'appartient qu'aux phénomènes de diffusion.

Voici comment nous procédions d'habitude à un examen radiologique. Le sujet était examiné de face et en position oblique. De face, nous nous assurions de la transparence des sommets, de leur illumination pendant l'inspiration ; nous recherchions les ganglions : ceux de la base, de la région hilaire; nous ne tenions pas compte de ces petits ganglions bien limités, mais, par contre, nous observions attentivement ces masses ganglionnaires diffuses, étalées, à opacité inégale, présentant des traînées opaques les reliant au poumon et au diaphragme. Nous observions la mobilité de ce muscle, les adhérences éventuelles qui pouvaient brider ses mouvements ou ceux du poumon. En position oblique, nous examinions l'espace rétro-cardiaque et son envahissement par des masses ganglionnaires. Une fiche-schéma était dessinée au cours de chaque examen et nous servait de témoin lors d'un examen ultérieur, nous permettant de juger de l'évolution de la lésion. C'est ici aussi que nous faisions appel à la radiographie ; la superposition de plusieurs clichés successifs nous permettait de trancher efficacement la question d'existence ou de non-existence de lésions minimes.

Devons-nous ajouter que, grâce à l'examen radiologique, nous avons pu préciser un diagnostic hésitant entre une pleurite apicale et une sclérose du sommet? Que de malformations thoraciques ignorées nous ont été révé-

lées au cours de ces examens ! Que d'insuffisants respiratoires, reconnus comme tels à la suite de l'examen de leur rhino-pharynx, ont vu leur fiche se compléter par un dessin de thorax en sablier, nous confirmant de la sorte qu'ils étaient indemnes de tuberculose ! Enfin, que de suspects n'avons-nous pas pu réhabiliter après un premier examen radiologique !

Pour terminer ce paragraphe, nous croyons devoir rappeler que de cette étude succincte une conclusion se dégage : des trois procédés que nous avons mis en œuvre aucun ne jouit du droit de l'exclusivité ; seuls ils ne fournissent que de vagues indications ; réunis et contrôlés l'un par l'autre, ils nous acheminent sûrement vers le diagnostic final.

Examen des crachats

Les différents éléments symptomatiques étudiés jusqu'ici ne peuvent nous fournir, malgré toute la précision que nous avons mise à les rechercher, qu'un diagnostic de probabilité. Un seul témoignage est irréfutable : c'est celui fourni par la découverte du bacille de Koch. On s'étonne que, devant la certitude fournie par cette recherche, tant de praticiens semblent aujourd'hui encore vouloir ignorer l'absolue nécessité de l'examen des crachats. Un individu tousse depuis longtemps, crache continuellement, on le dira volontiers tuberculeux, mais on ne se préoccupera pas de contrôler l'exactitude de ce qu'on affirme. Ignorance voulue, routine ou superficialité, pareil procédé doit être répudié.

Faut-il dire toutefois que tout tuberculeux crache des bacilles et n'y a-t-il pas des cas où l'examen le plus minutieux ne révèle rien? Dans cette question comme dans bien d'autres il faut être éclectique, et nous croyons que c'est une opinion outrée, que celle qui affirme que tout tuberculeux qui crache doit cracher des bacilles. Nous n'entreprendrons pas de définir ce qu'il faut entendre par tuberculose ouverte ou fermée, en nous en tenant au sens grammatical strict de ces qualificatifs. Mais si nous désignons sous le nom de tuberculose fermée celle qui est guérie, celle où un processus de sclérose envahit des foyers qui ont évolué et où l'absence de symptômes généraux est constatée pendant une période assez prolongée, nous nous croyons en droit de pouvoir affirmer que chez ce malade l'expectoration peut ne pas être bacillifère. Nous en tenant également à cette conception, nous qualifierons d'ouverte une tuberculose se manifestant par des symptômes généraux, des symptômes locaux qui évoluent sur place ou dans leur voisinage immédiat; il serait absurde de nier un caractère d'activité à une lésion présentant pareilles manifestations. Nous supposons que ce fut là la conception de Sergent, de Rist, de Ch. Richet, de Kindberg lorsqu'ils affirmèrent que toute tuberculose en activité est bacillifère. Mais nous ne pouvons pas admettre l'opinion de Rist, qui fait de la présence du bacille de Koch dans les crachats la seule condition qui permette d'affirmer la nature tuberculeuse d'une affection pulmonaire. On peut être tuberculeux et ne pas cracher de bacilles, soit parce que les lésions ne sont pas encore ulcérées, soit parce qu'elles sont cicatrisées ; demander, dans ces deux cas, que la tuberculose fasse sa preuve par la constatation de bacilles dans les produits d'expectoration, c'est méconnaître le

diagnostic d'une tuberculose incipiente et celui d'une tuberculose abortive.

Il ne suffit pas de vouloir trouver le bacille, encore faut-il savoir comment s'y prendre. Nous exposons ci-après la façon dont nous procédions à cette recherche.

L'examen ne portait que sur des crachats expectorés en notre présence ; pour peu qu'on suive des services de tuberculeux, il arrivera souvent qu'on découvrira des cracheurs généreux, qui partagent leur expectoration déjà reconnue bacillifère avec des voisins qui n'ont pas encore subi l'examen de leurs crachats. Cette expectoration extemporanée est partagée en deux parties : l'une qui subira des lavages successifs dans du sérum artificiel, et ce, afin d'éliminer les bactéries qui ne font pas partie du crachat ; l'autre qui sera soumise à l'homogénéisation et à la sédimentation. Puis l'une et l'autre partie restantes après ces manipulations seront colorées par le procédé de Ziehl-Neelsen ; le procédé de décoloration à l'acide nitrique au quart et à l'alcool absolu est contrôlé, soit par le procédé de Seelos à l'acide sulfurique et à l'alcool, soit par le procédé de Ziehl-Hauser à l'acide lactique en solution alcoolique. Ces deux procédés exigent naturellement qu'on prépare des plaques nouvelles colorées par la méthode de Ziehl et leur action de contrôle se substitue à l'action décolorante de l'acide nitrique et de l'alcool dans la manœuvre classique. Outre leur avantage d'être des procédés de contrôle pour l'alcoolo et l'acido-résistance des bacilles de Koch, ils fournissent des préparations plus propres, dont l'examen est plus facile.

Dans les cas d'examens négatifs, nous procédions à une recherche complémentaire par la méthode de K. Spengler à la picrine. En voici la technique : on re-

couvre le frottis avec le liquide de Ziehl qu'on chauffe légèrement jusqu'au dégagement des premières vapeurs, mais en évitant l'ébullition. On laisse agir quelques instants et on égoutte l'excès de liquide restant. Puis, sans laver à l'eau, on verse quelques gouttes de la solution de picrine (réactif d'Esbach et alcool absolu à parties égales) de manière à recouvrir toute la préparation ; on laisse agir deux ou trois secondes et de nouveau on égoutte le liquide restant. Puis on lave à l'alcool à 60 p. 100 ; on décolore à l'acide nitrique à 15 p. 100 pendant trente secondes ; un second lavage à l'alcool et et enfin coloration du fond de la préparation avec la solution de picrine qu'on laisse agir une dizaine de secondes, et lavage à l'eau. Les bacilles colorés en rouge vif se détachent à l'examen sur un fond jaune clair.

Parmi les avantages de cette méthode, nous citerons les suivants : l'image microscopique est plus nette qu'avec la méthode de Ziehl ; elle met en évidence des bacilles, là où la méthode précédente a été défaillante ; le nombre de bacilles colorés est plus grand qu'avec n'importe quelle autre méthode ; enfin elle permet de découvrir ce que le phtisiologue de Davos a appelé des « Splitter » qui sont en réalité des bacilles excessivement courts et très abondants, qui se rencontrent dans le pus des adénites tuberculeuses, dans lequel le bacille de Koch est fréquemment absent.

Nous citerons encore à titre documentaire la méthode au lacto-bleu de méthylène alcoolique de Cépède ; nous n'avons pas pu l'étudier sur une assez grande échelle pour pouvoir tirer des conclusions de son emploi, et nous nous contentons de transcrire ce qu'en dit F. Dumarest dans la *Presse médicale* du 9 octobre 1920 :

« L'examen des lames colorées au lacto-bleu se fait

rapidement ; cette facilité est due, à notre avis, à deux causes : d'abord, au fait de la conservation parfaite des bacilles, ce qui ne leur donne jamais l'aspect violacé, fréquent dans le procédé de Ziehl ; ensuite, à ce que la coloration des éléments histologiques et de la flore associée est plus douce, plus atténuée, et permet un contraste plus accentué avec la coloration rouge vif des bacilles.

» Ainsi ces trois qualités : sécurité de coloration, réduction de manipulations, rapidité d'examen, nous ont amené à ne plus nous servir presque, dans la pratique courante, que de la coloration au lacto-bleu. »

Nous ne parlerons pas de la morphologie du bacille ou de son abondance dans l'expectoration ; ces différentes questions ont de l'importance pour le pronostic. Dans cette partie de notre travail, nous n'avons comme but que d'essayer de prouver que le diagnostic d'une tuberculose exige nécessairement des examens de l'expectoration. Toutefois, nous rappelons ce que nous avancions au début de ce paragraphe : si la découverte du bacille emporte le diagnostic, il est également avéré que son absence n'implique pas qu'il ne sera pas présent demain, d'où nécessité de continuer les recherches et de ne pas s'arrêter dans cette voie, après un ou deux examens.

Etude des signes fonctionnels et généraux

Pour amener le plus de clarté possible dans cette étude, nous envisagerons d'abord les symptômes fonc-

tionnels. Voyons quelles sont les conclusions que nous pouvons tirer de la constatation des plus fréquents d'entre eux : la toux, la dyspnée, les hémoptysies, les douleurs scapulaires et apicales.

En ne tenant compte pour la toux que de sa pathogénie respiratoire, elle ne pourra comporter un diagnostic ferme de tuberculose que tout autant que nous aurons éliminé les différentes causes qui peuvent créer ou entretenir l'irritation des voies aériennes et du poumon, en dehors de celles qui sont de nature tuberculeuse. Nous aurons notamment à exclure la toux tenace des trachéo-bronchites banales, à la suite de viciations de la respiration nasale.

Nous en dirons autant de la dyspnée, en insistant tout particulièrement sur sa manifestation fréquente, à la suite de malformations thoraciques. Nous envisagerons également, dans sa genèse, l'influence de facteurs autres que les affections pulmonaires et la tuberculose en particulier ; sachons lui reconnaître, comme cause efficiente, des affections rénales, cardiaques ou nerveuses.

Quant à l'hémoptysie, si sa production a une valeur de suspicion plus grande que les deux signes précédents, encore ne lui reconnaîtrons-nous de valeur réelle que tout autant que nous aurons pu éliminer les hémoptysies traumatiques complémentaires et autres.

Enfin, si à ces différents signes viennent s'ajouter des douleurs apicales et scapulaires, nous aurons notre attention plus spécialement attirée vers les régions où elles sont perçues au maximum, mais nous n'interpréterons leur existence par l'inflammation des viscères sous-jacents que lorsque nous aurons fait table rase de toutes les autres causes qui peuvent les provoquer :

douleurs rhumatismales, névritiques, osseuses, affections aiguës du poumon. Lorsque nous les aurons rattachées à leur vraie cause, elles nous signifieront que la lésion est en évolution ; nous reviendrons d'ailleurs sur ce point dans un paragraphe suivant.

Nous appliquerons ce même procédé de critique à l'étude des phénomènes généraux ; pour quelques-uns d'entre eux, nous n'admettrons leur existence réelle que tout autant que nous aurons pu les constater personnellement. Il en sera ainsi pour la perte de poids, la perte de forces, la courbe de température ; ce n'est point ici que nous décrirons les supercheries que nous avons pu découvrir auprès de certains malades ; nous croyons cependant devoir attirer l'attention du praticien sur ces manœuvres.

Lorsqu'il n'y aura plus lieu de discuter leur réalité, nous saurons rattacher ces différents signes à leur origine réelle et nous ne nous laisserons pas induire en erreur par une perte de poids qui ne reconnaît quelquefois d'autre cause qu'une mauvaise dentition, une alimentation insuffisante, une affection débilitante et chronique qui ne fait que préparer le lit à la tuberculose.

Nous réservons une mention spéciale aux troubles dyspeptiques, aux entérites chroniques. Si les uns et les autres peuvent être des complications de la tuberculose, ils peuvent aussi amener le réveil d'une tuberculose éteinte par les désordres qu'ils apportent à l'alimentation, les spoliations calcaires qu'ils entretiennent et surtout le retentissement qu'ils exercent sur l'état général. Un interrogatoire bien conduit nous démontrera dans ce cas que ce que nous considérions comme effet et symptôme n'était en réalité qu'une cause.

La même minutie présidera à l'étude de la courbe

thermique. Outre qu'il n'existe pas de schéma classique de courbe fébrile pour la tuberculose, nous ne devons pas oublier qu'une foule d'états particuliers peuvent s'accompagner de poussées fébriles vespérales, et cela en dehors de toute tuberculose. Nous ne citerons que les débilités, les convalescents, les dyspeptiques, les névropathes ; tous ces cas nous en fournissent des exemples prolongés. Les poussées fébriles prémenstruelles et celles qui se produisent chez les femmes atteintes d'inflammation péritonéale légère nous fournissent des exemples du même type, mais moins prolongés. L'épreuve de Daremberg conserve certes toute sa valeur dans la question qui nous occupe, encore faut-il savoir l'analyser montre en main. Enfin, nous croyons devoir dire que certains tuberculeux avérés, grands cracheurs, sont des torpides, presque continuellement apyrétiques. Ne nous avançons pas trop en reconnaissant une valeur à une poussée fébrile vespérale qui « ne fait pas sa preuve » ; tôt ou tard nous pourrons découvrir sa cause, bien souvent loin de celle que nous lui supposions.

Nous n'interpréterons également l'anémie comme un état symptomatique de la tuberculose que lorsque nous aurons éliminé la chlorose et que nous aurons posé le diagnostic différentiel avec la chloro-anémie symptomatique de toute autre affection.

Pareille réserve sera notre ligne de conduite, lorsque nous aurons à nous prononcer au sujet de la tachycardie ; marchant souvent de pair avec une température instable, elle est un symptôme qu'on constate souvent chez les névropathes, les traumatisés, les émotifs, chez des jeunes filles à l'époque de la puberté comme chez la femme au moment de la ménopause. Nous souvenant des théories proposées pour expliquer la tachycardie,

nous pousserons notre enquête plus loin et verrons si le système sympathico-endocrinien ne pourrait être rendu justifiable de son existence, ainsi que de la perte des forces qui lui fait souvent cortège. Bref, ici comme nous n'avons cessé de le faire ailleurs, nous nous efforcerons de faire contrôler un symptôme par l'autre et, colligeant les résultats de cette pratique, nous pourrons rattacher les signes observés à leur cause réelle.

Enfin, nous en rapportant aux données acquises jusqu'à ce jour, nous n'admettrons pas l'hypotension artérielle comme un élément de diagnostic formel de tuberculose ; la syphilis fait souvent le lit de la tuberculose ; nous avons rapporté ce qu'en disait Ricord et nous savons que, dans ce cas, ce n'est pas de l'abaissement de la tension artérielle qui nous sera décelé à l'examen sphygmomanométrique, mais plutôt de l'hypertension. Toutefois, quand nous aurons constaté l'existence de ce symptôme et que nous l'aurons imputé à la tuberculose comme étant sa cause étiologique, nous ne manquerons pas de tenir compte de ses variations pour formuler les probabilités d'un pronostic.

Cette revue rapide des symptômes fonctionnels et généraux, qu'on peut rencontrer plus ou moins réunis à l'occasion de l'examen clinique d'un suspect de tuberculose, nous oblige derechef à conclure qu'aucun d'entre eux n'est pathognomonique de l'affection qui nous occupe, mais que l'analyse sévère de plusieurs d'entre eux constatés chez le même individu et tous rapportés à une cause unique et identique fournit à nouveau un appoint pour le diagnostic.

Le sujet est-il ou n'est-il pas tuberculeux ? S'il l'est, sa lésion est-elle en évolution ou non ?

Cette question que nous n'avons pas voulu nous poser au début de notre observation clinique, sommes-nous en droit de la soulever maintenant ? Nous le croyons et nous allons le démontrer.

A l'opposé des auteurs classiques, nous n'avons pas décrit la tuberculose pulmonaire incipiente, en exposant les symptômes que cette affection est sensée présenter au praticien. Procédant de la sorte, il nous aurait fallu faire le diagnostic différentiel avec toutes les autres affections qui peuvent la simuler. Nous avons préféré exposer les procédés auxquels nous allions avoir recours pour notre investigation ; examinant pas à pas ce qu'il fallait leur demander et discutant la valeur diagnostique des symptômes qu'ils nous ont révélés, nous avons constitué un faisceau de preuves, de l'étude duquel nous nous efforcerons de tirer une conclusion. Nous rappelant ce qu'écrit le professeur Sergent, à l'autorité duquel nous faisions appel dans notre introduction, pour affirmer que le diagnostic de la tuberculose est possible, nous reconnaissons la difficulté de ce diagnostic. Nul symptôme n'est pathognomonique et n'appartient en propre à cette maladie ; mais de l'ensemble des symptômes observés et des constatations fournies par les divers procédés d'exploration, une conclusion peut se dégager. Partant de cette idée et de cette autre encore, que nous n'avons pas à étudier des maladies mais des malades, nous avons cru pouvoir déroger aux procédés habituels

de description clinique. N'ayant qu'un but, celui d'établir le diagnostic rationnel de la tuberculose, nous avons eu recours aux procédés élémentaires de la séméiologie et, interprétant les données qu'elle nous a permis de recueillir, nous les avons colligées en un seul faisceau devant lequel nous nous posons les questions : Ces symptômes fonctionnels et généraux de fièvre, de toux, d'amaigrissement, de tachycardie, d'hypotension artérielle, d'anémie, de dyspepsie, nous permettent-ils de dire si ce sujet est tuberculeux ou non? Ces signes stéthacoustiques et radiologiques de submatité, d'obscurité respiratoire, de respiration soufflante, ces craquements, ces râles fins, ce voile pulmonaire, ces ganglions étalés, tout cela pose-t-il un diagnostic de tuberculose? Cet interrogatoire nous renseigne-t-il sur quelque point qui puisse faire pencher le diagnostic vers la tuberculose?

Nous omettons à dessein la question de l'examen des crachats. Pratiqué suivant des règles fixes et répété à plusieurs reprises, dégagé des erreurs possibles concernant une fausse identification du bacille de Koch, il est le seul procédé de diagnostic qui apporte une preuve probatoire et irréfutable que le sujet est tuberculeux. Son affirmation est si précise que nous ne pouvons pas nous dispenser d'y faire appel, nous ne saurions assez le redire.

En dehors de ce critérium certain, il n'y a que probabilités ; c'est assez dire que l'examen devra être judicieusement conduit et l'observation poursuivie quelquefois pendant de longs jours.

Tenant surtout compte des signes physiques, si ceux-ci sont les plus marqués, en l'absence du bacille spécifique, nous aurons à éliminer les trachéo-bronchites banales consécutives aux rhino-pharyngites chroniques,

les séquelles des plaies de poitrine, les affections pulmonaires dues aux tréponème pâle et qui simulent si bien la tuberculose qu'on les désigne sous le nom de phtisie syphilitique.

Par contre, si ce sont les phénomènes généraux et fonctionnels qui dominent en l'absence du bacille de Koch, éliminons les états adynamiques et les diverses affections qui peuvent provoquer l'erreur.

Envisagé ainsi, le problème, tout en restant ardu, ne peut pas ne pas recevoir de solution. A dessein nous n'avons pas eu recours aux différents procédés de laboratoire ; si absolument besoin était, ils sont encore une source de renseignements auprès de laquelle on pourrait se documenter.

A ce titre nous signalerons tout particulièrement l'un d'entre eux : l'intradermo-réaction de Mantoux.

Nous n'avons fait emploi ni de la sous-cuti-réaction ni de l'ophtalmo-réaction, l'une et l'autre de ces méthodes pouvant donner des réactions dangereuses dans les cas positifs : la première, au niveau de la lésion supposée suspecte ; la seconde à l'endroit de son application. Rarement aussi nous avons fait appel au concours de la cuti-réaction et cela parce que, quoique la dose de tuberculine employée soit connue, il n'est nullement prouvé qu'elle soit entièrement absorbée. Or, comme nous le verrons à la suite de la mise en application de l'intradermo-réaction, c'est là un facteur dont il faut tenir compte quand on veut juger de la valeur diagnostique et pronostique de ces réactions.

Appliquée indistinctement à tous les malades qui nous étaient envoyés, soit qu'ils fussent tuberculeux avérés ou seulement suspects, voici ce que nous avons pu constater.

La réaction se montrait souvent négative sinon toujours chez les malades ayant un très mauvais état général ; également chez ceux qui présentaient des lésions pulmonaires de gravité moyenne, même discrètes, mais chez lesquels il existait des complications : entérite, néphrite, hémoptysie abondante ou répétée. Par contre, la réaction était positive auprès de tous les autres, et notamment la plupart des suspects et ceux dont les symptômes généraux et fonctionnels de fièvre, de perte de poids, d'hypotension, de dyspnée étaient peu marqués ou absents.

Nous nous basions, pour établir ce caractère, sur l'étendue du nodule érythémateux et non pas seulement sur l'étendue de l'érythème seul ; l'étendue du nodule est fonction de l'intensité de la réaction ; on ne pourrait en dire autant de celle de l'érythème.

Cette conclusion d'ensemble en ce qui regarde le caractère positif et négatif de la réaction, nous ne la donnons que pour des patients qui n'étaient que tuberculeux ou suspects de l'être. La réaction n'était pas consultée quand le sujet était atteint d'une autre affection (rhumatisme, artério-sclérose, asystolie) ou qu'il était dans un état fébrile qui n'était pas à mettre au compte de ses symptômes pulmonaires.

Bref, les résultats de l'intradermo-réaction et son degré d'intensité sont en raison directe du degré de résistance du malade. Toutefois il faut tenir compte du degré de la dilution de la tuberculine ; nous verrons en effet que les résultats varient suivant qu'on utilise la dilution au 1/10.000e ou celle au 1/100.000e.

Les résultats positifs sont plus fréquents avec le premier degré de dilution qu'avec le second, où prédominent les cas négatifs ; or, les résultats négatifs étant

seuls à entrer en ligne, il importe de se servir d'une dilution telle, qu'ayant éliminé les résultats négatifs attribuables à un trop mauvais état général, tout sujet qui réagit, le fasse avec la moindre quantité de réactif sans que cependant la réaction soit modifiée chez des malades nettement tuberculeux. Cette réaction en effet n'est pas une preuve de spécificité pour la lésion qu'on observe, elle prouve tout simplement qu'elle évolue sur un terrain tuberculeux.

Il est à remarquer en outre que cette dilution au 1/100.000e nous donnait des réactions chez les sujets où le phénomène était apparu avec une dilution au 1/10.000e ; par contre, si la réaction ne se produisait pas avec la première dilution, alors qu'elle s'était produite avec la seconde, les signes objectifs de cette dernière, c'est-à-dire l'érythème et le nodule inflammatoire, avaient été si peu marqués, que leur interprétation prêtait à discussion.

Nous concluons en disant que :

1° Pour procéder à cette réaction, il faut se servir d'une solution très diluée, soit celle au 1/100.000e ;

2° L'intensité de la réaction est en raison directe de la résistance du sujet ;

3° Les résultats négatifs sont seuls probatoires en la matière, car ils permettent d'affirmer à coup sûr, non seulement qu'il n'y a pas de tuberculose pour le moment, mais encore qu'il n'y a pas eu d'infection tuberculeuse à une époque antérieure. En d'autres termes, c'est dire que cette réaction a toute sa valeur dans le jeune âge, qu'elle soit négative ou positive ; qu'elle n'a qu'une valeur relative à l'âge adulte, quand on se base sur son caractère positif ; qu'elle n'a presque plus de valeur à l'extrême vieillesse, quelles que soient ses indications.

La question du diagnostic ne serait qu'imparfaitement solutionnée si nous ne nous demandions pas : la lésion évolue-t-elle ou non ? Outre qu'il appartient au diagnostic d'y répondre, la connaissance de cet état d'évolution ou de non-évolution est des plus importantes pour le pronostic. A vrai dire, nous ne possédons aucun élément certain pour trancher dans un sens plutôt que dans un autre. Opposer, au sens strict des mots, une tuberculose ouverte à une fermée, en s'en tenant, pour affirmer de la sorte, à la présence ou à l'absence de bacilles dans l'expectoration, est à notre sens antiscientifique. Nous renvoyons au paragraphe Examen des crachats, pour ce qui regarde la signification que nous attachons à ces deux termes.

Dans ce sens, nous admettons un processus non évolutif, lorsque plusieurs examens nous auront fait constater une fixité des signes physiques stéthoscopiques et radiologiques, une persistance d'un bon état général, l'absence plusieurs fois observée du bacille de Koch dans l'expectoration, également l'absence de douleurs à la percussion des sommets. Nous n'attachons pas grande importance à l'épreuve de l'iodure de potassium, l'absorption de ce médicament pouvant amener des poussées congestives chez des sujets indemnes de tuberculose. Bref, nous nous guidons surtout sur la présence ou l'absence des phénomènes généraux et sur la modification des signes de localisation.

Est-ce à dire maintenant qu'une lésion non évolutive est une lésion guérie ? Nous n'oserions nous avancer si loin ; tout au plus dirons-nous guérison apparente. Nous avons observé beaucoup de sujets qui avaient sclérosé leurs lésions. Malgré les soins qu'ils s'impo-

saient et les prescriptions hygiéniques auxquelles ils se conformaient, il nous a été donné de voir chez eux des poussées thermiques qui retentissaient sur leur état général.

CONCLUSIONS

Dans cette étude, où nous n'avons pu qu'effleurer les divers procédés mis en pratique pour établir le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, nous avons essayé de prouver que le problème n'était pas impossible. Procédant avec ordre, nous avons rassemblé un ensemble de phénomènes et de symptômes qui se groupent en trois catégories : une première qui réunit tout ce qui a trait à la lésion elle-même *in loco dolenti ;* une seconde qui comprend tout ce qui résulte de la réaction de l'organisme contre cette lésion et enfin une troisième qui ne se rapporte qu'à la cause elle-mème. C'est dire que le diagnostic comporte trois étapes :

1° Un diagnostic de localisation, qui repose sur la constatation des signes physiques et des signes fonctionnels ;

2° Un diagnostic d'évolution basé sur un ensemble de signes généraux et de modifications aux signes physiques et fonctionnels ;

Ces deux diagnostics sont commandés l'un et l'autre par :

3° Un diagnostic de nature, établi par la constatation du bacille spécifique dans l'expectoration.

BIBLIOGRAPHIE

Amblard. — La tension artérielle au cours de la tuberculose pulmonaire (Monde médical, août 1918).

Ameuille. — Les défaillances de l'auscultation pulmonaire (Presse médicale, 11 mars 1922).

Ameville. — Les déformations thoraciques en clinique médicale (Journal de méd. et de chirurg. pratiques, 10 octobre 1913).

Armand-Delille, Hillemand, Lestoquoy et Mallet.— Le syndrome pseudo-cavitaire dans la tuberculose pulmonaire chronique (Presse médicale, 25 février 1922).

Barbier.— A propos de la tuberculose pulmonaire chez les enfants de 0 à 2 ans (Paris médical, 3 février 1917).

Barth. — Séméiologie de l'appareil respiratoire (Traité de médecine de Brouardel, Gilbert et Thoinot).

Bezançon et de Jong. — Traité de l'examen des crachats (Paris, 1913).

Chauvet (St.). — Séméiologie de la fosse sus-épineuse. Zone d'alarme dans la tuberculose (Presse médicale, 11 novembre 1908).

Dumarest et J. Lelong. — Réaction au lacto-bleu de Cépède (Presse médicale, 9 octobre 1920).

Faisans. — Maladies des organes respiratoires ; méthodes d'exploration ; signes physiques (Encyclopédie Lauté).

Gaussel et Corone. — Homogénéisation des crachats tuberculeux (Revue de la tuberculose, 1913).

Grenet. — Utilité de la radioscopie pour la sélection des tuberculeux aux armées (Paris médical, 15 janvier 1916).

Letulle. — Inspection, palpation, percussion, auscultation. Leur pratique en clinique médicale (Masson et Cie).

Lucas. — De l'homogénéisation des crachats ; son importance clinique pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire (Thèse de Paris, 1913).

Loeper et Codet. — La réaction myotonique du trapèze dans le tuberculose pulmonaire (Progrès médical, 11 août 1917).

Marfan. — La tension artérielle dans la tuberculose pulmonaire chronique et son importance pour le pronostic (Revue de médecine, novembre 1907).

Merklen. — Tuberculose incipiente. Diagnostic de nature et d'évolution (Paris médical, 5 janvier 1918).

Morichau. — Le signe de l'atrophie musculaire et de l'hyperesthésie profonde dans la tuberculose du sommet (Paris médical, juin 1916).

Piery. — La tuberculose pulmonaire (Bibliothèque de la tuberculose. Doin, éditeur).

Rist. — Les principes du diagnostic rationnel de la tuberculose pulmonaire (Presse médicale, 13 juillet 1916).

— Le diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire et les affections chroniques des fosses nasales (Presse médicale, 24 juillet 1916).

Sabourin. — Synthèse clinique des interlobites chez les tuberculeux (Presse médicale, 1917).

Savy. — Précis de pratique médicale (Doin, 1922).

Seelos. — Sur la recherche du bacille de la tuberculose (Revue médicale de la Suisse Romande, avril 1913).

Sergent. — Etudes cliniques sur la tuberculose, 1908-1918 (chez Maloine, Paris).

Sieur. — Altération du murmure vésiculaire du sommet chez les sujets atteints d'obstruction nasale (Académie de médecine, 12 mars 1912).

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire incipiente chez l'adulte,

par Maurice Feys.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 14 avril 1922.

Le Professeur,

BOSC.

Vu :

Montpellier, le 20 avril 1922.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 21 avril 1922.

Pr le Recteur,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

Jules VALÉRY.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!